



## Elementos de la relación *médico-enfermo* relevantes en la práctica psicoterapéutica. Abordaje desde una perspectiva antropológica *personalista*

**Resumen.** La psicoterapia, así como la medicina en general, se encuentra tensionada entre dos modelos básicos desde los que se la intenta fundamentar: el modelo biomédico o naturalista, y el modelo personalista (constructivista). Ambos poseen caracteres distintivos, modos diversos de entender los aspectos centrales de la práctica, y ejercen influencia acerca de cómo se considera que actúa el profesional. Objetivos: saber cómo inciden en la práctica psicoterapéutica aspectos característicos de la *relación médico-enfermo* tomando como ejes la discusión sobre el marco conceptual y epistemológico en el que se divide a la psicopatología y abordando la cuestión de cómo se concibe al razonamiento clínico; ambos, orientados desde la exploración y la explicitación de nociones de persona implícitas en la práctica psicoterapéutica. Recorrido bibliográfico-conceptual y elaboración de una síntesis orientada hacia puntos considerados relevantes a partir de dos obras específicas de la temática. Una antropología personalista es central para comprender aspectos característicos de la relación médico-enfermo entendidos como una relación personal que caracterizan la práctica psicoterapéutica. Esta perspectiva entra en conflicto con una antropología de corte naturalista, hegemónica en el marco biomédico, en el que gran parte de la psicopatología se sostiene. Nociones de persona implícitas, que los modelos formales de conocimiento no permiten abordar, están presentes y caracterizan la práctica psicoterapéutica.

**Abstract.** Psychotherapy, as well as medicine in general, are strained between two basic models which are used to fundament it: the biomedical or naturalistic model, and the personalist model (constructivist). They have distinctive characters, different ways to understand the central facts of practice, and they influence the way on how is considered the professional proceedings. Objectives: To know how characteristic aspects of psychotherapeutic practice affect the medical-diseased relationship taken as axes the conceptual and epistemological conceptual frame in which psychopathology is divided and boarding the question of how is clinical reasoning conceived; both, oriented psychotherapeutic practice from the exploration and explicitness notions of person implicit in psychotherapeutic practice. A path conceptual-bibliographic and an elaboration of a synthesis oriented to points considered to be relevant from two specific texts about the theme. A personalist anthropology is considered central to understand distinctive characters of the medical-diseased relationship understood as a personal relationship that characterize psychotherapeutic practice. This approach argue with a naturalistic anthropology, hegemonic in the biomedic framework, in wich psychopathology is sustained. Implicit notions of person, that formal models cannot board, are present in psychotherapeutic practice.

### 1. Introducción

La psicoterapia, así como la medicina en general, se encuentra tensionada entre dos modelos básicos desde los que se la intenta fundamentar, que son: el modelo biomédico o naturalista, y el modelo personalista (constructivista). Ambos poseen caracteres distintivos, modos diversos de entender los

Di Persia, Francisco Nicolás <sup>a1</sup>

<sup>a1</sup>. Universidad Nacional de Córdoba. Secyt.

#### Palabras claves

Antropología; psicoterapia;  
relación médico-enfermo;  
Epistemología e Historia de la  
Psicología.

#### Keywords

Anthropology; psychotherapy;  
medical-diseased relationship;  
epistemology and history of  
psychology.

#### Enviar correspondencia a:

Di Persia, F.N.

E-mail: nicodipersia@hotmail.com

aspectos centrales de la práctica, y ejercen influencia acerca de cómo se considera que actúa el profesional y qué se considera que hace frente a los pacientes y las enfermedades.

Esta situación no es novedosa, puesto que atraviesa a la psicopatología desde hace más de 100 años, cuando, por ejemplo con Jaspers (1946), se debatía entre si debían emplearse métodos comprensivos o explicativos, y cuándo debía priorizarse uno u otro enfoque. Situación que en la actualidad ha cobrado la forma en la que se concibe a la psicopatología o bien, desde una concepción constructivista, o desde los postulados de una perspectiva naturalista (Berrios, 2011a, 2011b).

¿A qué se debe que aún no se haya resuelto este dilema? Sin dudas no han faltado quienes hayan intentado resolver esta cuestión. Autores como Henry Ey (2008) han intentado establecer una síntesis entre ambos modelos, por ejemplo, su conocido concepto de la órgano-dinamia, o la concepción de las enfermedades mentales como expresión de desórdenes de la organización estructural de la conciencia. Quizás su propuesta constituyó una especie de bisagra entre lo que eran las perspectivas sobre la enfermedad mental antes y después de mediados del siglo XX, quedándose su obra visiblemente más anclada a las nociones propias de la primera mitad del siglo, ya que lo que constituyó la perspectiva conceptual a partir de la segunda mitad del siglo permitió cuestionar muchos de los criterios del periodo anterior. A partir de entonces comenzó a gestarse claramente lo que se puede vincular a grandes rasgos con una perspectiva constructivista, en la que los significados de la enfermedad mental, y la dependencia que las categorías psiquiátricas muestran con las expectativas sociales institucionalizadas son resaltadas especialmente, encontrando que muchos de los aspectos considerados anteriormente atributos de enfermedad pasaron a concebirse como atributos de las instituciones, los poderes y las construcciones culturales (Canguilhem, 1978; Foucault, 1986, 1996, 2004, 2006; Hacking, 1995; Szasz, 1988). Entre este conjunto de autores se ha podido mostrar que detrás de criterios de enfermedad y de intervención, muchas veces no hay otro tipo de fundamentos que ideologías y poderes, siendo el etiquetado como enfermo una víctima de este tipo de abusos, cuyo principal efector es la institución psiquiátrica.

Desde entonces todo el campo de la psicopatología ha estado en tensión y ha sido el centro de numerosas críticas que han expuesto una serie de falencias conceptuales y epistemológicas de difícil solución que, lejos de resolver el problema han tensionado aún más el escenario.

Lo que observamos es que hasta el momento no se ha logrado encontrar un sitio seguro para reelaborar muchas de las dificultades detectadas, siendo que por lo general se tiende a reproducir el mismo esquema de modelos básicos referidos anteriormente. Lo que nos interesa aportar con este trabajo es una perspectiva que esté orientada, no a reproducir este tipo de tensiones, sino a intentar comprenderlas desde los fundamentos de la práctica clínica psiquiátrica y psicoterapéutica, detectando elementos centrales relevantes desde un punto de vista epistemológico. Es así que nos ha parecido un ámbito a la vez relevante y bastante desatendido el del esclarecimiento de las concepciones de persona implícitas bajo toda práctica “psi”, y desde hace un tiempo venimos elaborando propuestas con la

intención de poder identificar y reconocer la importancia que estas nociones tienen como fundamentos esenciales de la práctica (Di Persia, 2012, 2015, 2016).

Entre las dificultades encontradas para llegar a acceder a este aspecto esencial de la práctica nos encontramos constantemente con sesgos que la práctica profesional va forjando y que dificultan su esclarecimiento. Porque cuando el profesional comprende y explica lo que hace, el modo como lo fundamenta y explicita, por lo general no refleja los criterios efectivamente empleados. Esto quizás está determinado por el hecho de que la raíz técnica de su saber está conformada por un “saber haciendo” (Laín Entralgo, 1985) cuya orientación principal lo vuelve más un tipo de saber práctico que uno de tipo conceptual y analítico; es decir, con los años, el clínico va ajustando su práctica a un marco teórico, su experiencia y habilidad, que le permiten resolver con mayor éxito los problemas que se le plantean, pero que a su vez, y quizás este sea el punto central, lo alejan cada vez más de la posibilidad de reconocer precisamente cómo es que lo hace.

Quienes han pretendido abordar esta problemática del saber clínico son los que bajo el rótulo de “razonamiento clínico” han intentado esclarecer cómo el profesional toma decisiones clínicas, emplea determinados criterios y establece juicios clínicos (Leibovich de Duarte, 2000; Norman et al., 2000; Norman, 2005; Razzouk et al., 2006). Pero a nuestro modo de ver no han logrado integrar las nociones de persona a las que nos referimos anteriormente y su relevancia para la comprensión del razonamiento clínico.

### 1.1. *Objetivos*

El problema que se aborda en este trabajo es el de saber cómo inciden en la práctica psicoterapéutica aspectos característicos de la *relación médico-enfermo* tomando como ejes, por un lado, la discusión sobre el marco conceptual y epistemológico en el que se divide a la psicopatología, y por otro lado abordando la cuestión de cómo se concibe al razonamiento clínico. Ambos aspectos orientados desde la exploración y la explicitación de nociones de persona implícitas en la práctica psicoterapéutica.

De este modo nos proponemos como objetivo específico conocer aspectos característicos de la relación médico-enfermo relevantes para la práctica psicoterapéutica que serán identificados como *elementos de una antropología personalista*, cuya importancia radica en que a partir de aquí se establece el conocimiento del enfermo como persona, vinculando significados de salud y enfermedad con modos de vida presupuestos. Y una vez identificados realizar una vinculación con *aspectos característicos de la práctica psicoterapéutica*, a partir de los cuales se intenta establecer cómo se puede observar la incidencia de la noción de persona en el marco de la relación médico-enfermo. Como resultante se propone una elaboración conceptual de la *psicoterapia como práctica cultural de perfeccionamiento moral*, propuesta que será contrastada con una perspectiva de la práctica psicoterapéutica que entra en tensión con el modelo antropológico personalista a fin de elaborar algunas de las consecuencias que tiene para la práctica y la investigación el modelo antropológico adoptado.

## 2. Metodología

A partir de un recorrido bibliográfico-conceptual se realizará una síntesis orientada hacia puntos considerados relevantes para vincular con la práctica psicoterapéutica a partir de dos obras de Pedro Laín Entralgo dedicadas al tema -“La relación médico-enfermo” (1964), y “Antropología médica para clínicos” (1985). En base a este esquema se elaboró una serie de puntos que conforman los apartados y subapartados del cuerpo del trabajo, cuya síntesis permite identificar los puntos centrales a partir de los cuales se elaboran las conclusiones y se desarrollan los objetivos propuestos.

## 3. Resultados.

### 3.1. Elementos de una antropología personalista

Considerar a la persona desde una perspectiva histórica y comprensiva implica asumir que antes que naturaleza, el hombre “tiene historia” (Laín Entralgo, 1985, p. 4). Esta concepción básica es central para entender, por un lado, aspectos característicos de la relación médico-enfermo entendidos como una relación personal (que serán desarrollados en este primer apartado), y por otro lado, para poder vincularla con elementos de la práctica psicoterapéutica (como se hará en el segundo apartado). A continuación comenzaremos describiendo algunos de los elementos básicos que permiten entender la relación médico-enfermo como una relación *personal*.

### 3.2. Aspectos característicos de la relación médico-enfermo

“Antes que a un médico y a un enfermo, la relación médica vincula mutuamente a dos hombres” (Laín Entralgo, 1964, p. 238). Esta base constitutiva de la relación médico-enfermo posee consecuencias para la práctica y que la caracterizan como una relación de *ayuda*, orientada desde una consideración del otro como *persona* que permita establecer un contacto amistoso y amoroso buscando el bien del otro, empleando para ello un modo técnico de amistad que es el de la *coejecución* anímica del sentimiento del otro.

#### 3.2.1. Relación personal de ayuda

Ante todo, cuando se produce la relación entre médico y enfermo, nunca estos dejan de ser primordialmente lo que son: *personas*; cuyo fundamento es la *ayuda*. El auxilio es lo que es necesitado por uno, y lo que puede ser ofrecido por otro. En este sentido, ambos cumplen roles esencialmente humanos que son: el ser carente uno y ser oferente el otro. De este modo se establecen una serie de elementos que permiten resguardar esta estructura elemental y que implican ciertos lineamientos básicos por donde debe conducirse esta relación.

Para quien puede sanar a otro, el saber sobre la salud y el modo de empleo de los recursos para restablecerla son consustanciales con su práctica. Del mismo modo, quien desea sanar debe poder *confiar* en las acciones del otro. El médico debe resguardar la confianza en él depositada, para lo cual

es aconsejable *prometer sólo lo posible, tender a engendrar esperanza, y no temor, y favorecer antes que perjudicar*. El modo como se sostiene este tipo de acciones no están establecidas de modo mecánico, sino que se asientan en la forma de ser y actuar del médico. Es por eso que usualmente son valoradas las actitudes que tienden a resaltar un contacto sensible y comprometido con el problema ajeno, cuidando a su vez de mantener el grado justo de expectativas que se pudieran generar en el paciente.

Lo que esto implica también es que el clínico comienza a curar y a diagnosticar desde el momento mismo en que comienza a establecerse el contacto con el paciente. Es así que su forma de responder inicial y espontáneamente al pedido de ayuda configura desde el primer momento el tipo y calidad de relación que se irá estableciendo. Porque para el enfermo, que el médico sea alguien de confiar, por su honestidad y amabilidad, es algo que generará consecuencias en el modo como se pueda mostrar y en lo que aquel pueda conocer de la queja o dolencia de que se trate.

Es de advertir el hecho de que estos elementos generan el sustento del que se alimenta gran parte de la relación que se establece. Al médico se le exigirá implícitamente demostrar un dominio de sí mismo, estar “pronto a la respuesta [y a la “invención del deber no escrito” (Laín Entralgo, 1985, p. 361)], difícil en la contradicción, penetrante y conversador en las concordancias, moderado (...), silencioso en la turbación, resuelto y firme en el silencio (...), usando el buen decir (Laín Entralgo, 1964, p. 61).

Este tipo de indicaciones están presentes en muchas situaciones de la práctica pero usualmente son de difícil identificación, puesto que pasan a conformar un terreno naturalizado de acciones. También sucede que usualmente los terapeutas suelen mostrar divergencia respecto de cómo consideran este tipo de criterios. Un ejemplo ya clásico es el que refiere Lacan citando a Glover, quien hizo circular por la década del '30 un cuestionario en un círculo de psicoanalistas de Gran Bretaña buscando establecer alguna relación entre lo que los profesionales hacían en la práctica y lo que se suponía que debían hacer según el enfoque de trabajo. Entre los participantes se observó que de unos 63 puntos planteados, sólo hubo acuerdo unánime en 6 de ellos, de los cuales tan sólo 1 de ellos podía reputarse como fundamental, mientras que los demás se podían considerar como secundarios. Entre estos pocos criterios unánimes se encontraba “la inconveniencia de recibir regalos”, “la evitación de contactos sociales” y “el pago de todas las sesiones en que se falta a la cita” (Glover en Lacan, 1976, p. 314-315).

Este tipo de datos puede ser relevante para mostrar que el modo de conducirse en psicoterapia por lo general está poco estructurado, aunque algunos elementos básicos pueden ser agrupados dentro de fines más o menos precisos y que pueden implicar: resguardar la confianza, establecer una relación de ayuda y entablar un contacto personal, a la vez evitando situaciones que puedan ser un escollo en el proceso y desarrollo de esa relación y que pongan en juego los elementos básicos que la componen.

### 3.2.2. *Capacidad de coejecución*

La coejecución anímica del otro implica, como el verbo lo indica, *ejecutar con*, es decir, la interacción con el otro a partir de la identificación de su modo de sentir, de pensar y/o de actuar. Está basada en la capacidad de observación y sensibilidad para penetrar con sutileza la vida anímica ajena (Laín Entralgo, 1964) y, en este sentido, es un recurso indispensable que media la relación médico-paciente, y que guía la orientación hacia el paciente como un *otro*, como persona con fines y necesidades. Es también el elemento clave que permite establecer la confianza y que en diferentes momentos históricos ha sido definido como un tipo especial de amistad y amor por el bien del otro, propio de las prácticas médicas. Porque, entendida como saber técnico, es la capacidad que más próxima está a la amistad y camaradería, empleada con la finalidad de permitir que surja “la confianza [que] es la forma primaria de la amistad del paciente hacia el médico” (Laín Entralgo, 1964, p. 143).

### 3.3. *La constitución moral de la salud*

Tanto la salud como la enfermedad son, antes que cualquier naturaleza o criterio cuantitativo, “modos de vivir” propios de las personas tendientes hacia una *finalidad* (Laín Entralgo, 1985, p. 177). Es así que más allá que pueda establecerse algún tipo de “medida” objetiva para cuantificar la “normalidad”, las respuestas somáticas o los rendimientos y la capacidad física, la salud implica, independientemente de estos criterios, una consideración acerca del grado de libertad de la persona, el tipo de vida que se considera que deba llevar y un sistema de creencias acerca de sus dificultades, molestias y placeres con que se desempeña (Laín Entralgo, 1964).

Esta característica conceptual constituye el fundamento moral de la salud, en el que se destaca siempre en relación a esta noción un “para qué” para el cual el estado asumido (sano/enfermo) tiene un valor y significado. No obstante esto no implica que puedan objetivarse y elaborarse ciertos criterios para intentar fijar este concepto, pero siempre teniendo en cuenta su fundamento moral (al menos desde la perspectiva antropológica personalista que se pretende elaborar).

#### 3.3.1. *Criterios objetivos*

Criterios como el morfológico, el etiológico, el funcional, el utilitario y el comportamental conforman los ejes de la práctica médica en general. Sin embargo, aunque se los pretenda cuantificar, lo sepa o no explícitamente el médico, todos ellos son “relativos” en cuanto a que están sostenidos implícitamente sobre criterios de “norma” y “rol” (Laín Entralgo, 1985, p. 189). El no tener lesión, no poseer agentes patógenos, así como el desarrollo normal de las funciones, del rendimiento y de las normas sociales (cada uno de estos roles y normas asociados a cada uno de los criterios mencionados anteriormente) no están fijados a una *naturaleza* que se pueda reputar como humana, y a partir de la cual cada uno de dichos criterios encuentre su *medida*, sino que están configurados a partir de una serie de expectativas sociales institucionalizadas, concebidas a partir de lo que se espera y quiere que sea la

persona; esto es: que pueda vivir socialmente, trabajar, cumplir reglas; que no perjudique los intereses de la comunidad, que pueda “desarrollar alguna virtud, prestar algún servicio o desarrollar alguna profesión o empleo” (Laín Entralgo, 1964, p. 93).

### 3.3.2. *Criterios subjetivos*

Junto con los objetivos, hay también criterios subjetivos para determinar la salud, y que implican una orientación hacia la experiencia propia de la persona (conciencia de su valor, tendencia hacia el bienestar, seguridad de poder seguir viviendo, libertad, autodominio, entre otros) (Laín Entralgo, 1985, p. 189). Del mismo modo que para los objetivos, los criterios subjetivos conforman una concepción de salud que es relativa, porque ninguna de estas referencias son independientes del entorno, la historia y los fines presupuestos (Laín Entralgo, 1985, p. 199).

En este sentido, la salud constituye una construcción establecida en base a ideas y juicios desprendidos, en términos más amplios, de sistemas de creencias. Por ejemplo, el médico, al dar el alta muchas veces se vale en un tipo de creencia que “justifica” tal juicio en ciertos contextos o en base a ciertos fines. Piénsese en el juicio clínico “usted está sano, usted no tiene nada” cuando es expresado frente a un excombatiente recién llegado del frente y cuando es expresado hacia un miembro de la *alta sociedad*. Las mismas expresiones no tendrán nunca el mismo sentido para ambos casos (Laín Entralgo, 1964), y justamente esto es así porque afirmaciones o juicios como “usted no tiene nada” funcionan más que en base a una serie de criterios técnicos, como modo de estrategia de normalización, en la que el profesional vincula por un lado lo que es esperable para alguien como “esa” persona (ya sea excombatiente o miembro acomodado), con las expectativas que, por otro lado, es posible formular en el contexto en que esa persona se encuentra.

### 3.3.3. *El caso particular de la concepción de salud en psicoterapia*

La noción y el significado de la salud, en casos como el anterior, más que desprendidos de un punto de vista médico formal, se vinculan con elementos constructivos que le imprimen “a cada cuadro clínico una originalidad imprevisible” (Laín Entralgo, 1964, p. 395). Para el caso particular del tipo de situación presentada en psicoterapia, algunos aspectos delimitan de modo diferente el trabajo del terapeuta, donde éste se ve orientado por este tipo de construcciones en una gran cantidad de situaciones en las que emplea juicios de salud o enfermedad. El ejemplo típico es el de la consulta de la persona “neurótica”, cuya característica principal radica en un “no saber”; no saber cómo vivir la mejor vida que se pueda, no saber sobre sí mismo, además de un no poder. En estos casos el terapeuta se muestra como un vector para hacer llegar al paciente a un conocimiento de sí, para poder elegir, para tener un *insight*, para *no repetir* los modos que han desembocado en la enfermedad o malestar. En estos casos el profesional debe elaborar para la persona un personaje, aquel que sea el mejor que “su persona le permita ser” (Laín Entralgo, 1964, p. 431).

Justamente aquí radica la peculiaridad de la práctica psicoterapéutica, en cuanto que el terapeuta se ve compelido a establecer un modelo de “plan” de persona que sea el que a cada paciente le corresponda adoptar, y justamente debido a esto es aquí donde con mayor grado se cumple la frase: “obedecer al médico es [para el paciente] empezar a curarse” (Lain Entralgo, 1964, p. 425).

### 3.4. *El conocimiento de la enfermedad*

Tanto si el juicio es sobre la salud o sobre la enfermedad, “diagnosticar es conocer”, pero este conocimiento no es resultado de un proceso cognitivo a secas, el que se desprendería a su vez del ajustado seguimiento de una serie de lineamientos que permitirían al clínico identificar un síntoma y vincularlo con una enfermedad determinada. Al contrario, la faena diagnóstica comienza tan pronto como el médico se *encuentra* con el enfermo.

En este sub apartado se resalta especialmente aquellos elementos minúsculos elaborados a partir del trato con el paciente, pero que ejercen una influencia fundamental dado que conforman el suelo donde se elaborará la idea de la *persona* que es ese paciente. Se atenderá en detalle a algunos de estos elementos sólo con la finalidad de dar una idea general sobre la importancia de los mismos para el conocimiento de la enfermedad.

#### 3.4.1. *La mirada, la comunicación, el encuentro: formas de tipificar a la persona*

La mirada y los modos diversos que la comunicación puede tomar desde el momento en que se gesta el encuentro, conforman elementos que esencialmente poseen valor clínico. Es así que *ver* al enfermo implica inicialmente, sea en la sala de espera, en el consultorio, es ya comenzar a diagnosticarlo así como también identificar el carácter propio de aquello que genera el pedido de ayuda, y anticipar qué es lo que como persona necesita.

La mirada, a diferencia de los otros sentidos, es un elemento central en los primeros contactos con el paciente, y desde ella se va elaborando una idea determinada de persona. Genera también una forma de comunicación que excede la expresión verbal, puesto el mirar forma parte de un acto intencional utilizado para comunicar; permite realizar acciones para-verbales que refuerza o niegan expresiones verbales, acompañan la presentación del enfermo, y genera diversos sentidos. Es un elemento central para la coejecución de la vida anímica del otro, puesto que la comprensión del otro no sólo se sostiene por lo que éste dice, sino también por lo que no dice o no puede decir. “Todo clínico experto sabe que en ocasiones calla el paciente para decir sin palabras [y que] oyendo con atención y benevolencia, el médico conoce y cura” (Lain Entralgo, 1964, p. 314-317).

Junto con la vista, también la forma de oír y escuchar al otro son igualmente gestos que acompañan la comunicación y la comprensión: “suspiros (...), respiraciones profundas, exclamaciones más o menos reprimidas, [la] interrupción súbita y breve de una palabra [todos ellos] revelan estados emocionales” (Lain Entralgo, 1985, p. 379) que comunican, que *dicen algo*.



Los elementos que se van recopilando y que permiten elaborar una idea de lo que esa persona comunica o quiere comunicar, y qué situación se va produciendo en el encuentro, van permitiendo construir ideas o tipificaciones acerca de la persona. A partir de estas ideas se orienta el profesional frente al otro, así como también es identificado lo que es dable esperar de aquél. Algunas de las tipificaciones básicas son, entre otras (Lain Entralgo, 1985, p. 73):

- a qué género/sexo pertenece
- a qué raza y biotipo lo puedo asociar
- en qué nivel evolutivo/biográfico se encuentra
- cuál es su situación social/histórica

Estos atributos van delineando, como decimos, desde el primer momento y a lo largo de todo el proceso que guía la relación, una idea a la vez real y conceptual de la persona conformada en base a presupuestos que se van incorporando a la relación y que forman parte de lo que se puede conocer no sólo de la persona sino también de su enfermedad.

En base al papel jugado por estos aspectos comunicativos cada cuadro sintomático que el profesional va construyendo, cada diagnóstico que se va elaborando, tienen como fundamento, lo sepa o no el clínico, este tipo de tipificaciones y criterios tomados de los elementos más minúsculos de la comunicación establecida.

### 3.4.2. *¿Cómo razona el psicoterapeuta para establecer un diagnóstico?*

Elementos básicos del encuentro y la tipificación que se va generando establecen paulatinamente elementos sobre los que el profesional comprende a la persona y permitirán establecer una orientación para identificar síntomas y vincularlos con un cuadro clínico específico. Sin embargo, este procedimiento no se desprende de un método de exploración aplicable sobre “hechos puros”, que contengan en sí mismos atributo clínico alguno y que permitan elaborar un diagnóstico automáticamente. Si es posible que el clínico identifique este tipo de “hechos clínicos puros”, lo es para una mínima parte de la labor diagnóstica médica en general, y de ningún modo para el diagnóstico en psicopatología. Pero ocurre lo contrario; se pretende generalizar a toda inferencia clínica lo que es el formato del proceso diagnóstico diferencial, elaborando de modo uniforme y estructurado una comparación de cuadros clínicos buscando relacionar inferencialmente síntomas con su correspondiente enfermedad.

Este tipo de concepción procede de un sesgo originado en la práctica misma del diagnóstico, y es que al describir el contenido de la experiencia clínica realizada “tácitas convicciones previas actúan a manera de prejuicios y condicionan” las ideas acerca de qué experiencia es al que se llevó a cabo, tendiendo por lo general a establecerse una íntima vinculación que refleja el proceso señalado, desde el que se pretende que el profesional hace un recorrido unilineal “del síntoma a la enfermedad” (Lain

Entralgo, 1964, p. 379), cuando en realidad esta vinculación procede de una elaboración *a posteriori* del procedimiento ya realizado.

Entre los aspectos que deja fuera este re-elaboración *a posteriori* es que el clínico realiza una “selección” de los datos obtenidos en la exploración, principalmente determinado por la serie de presunciones diagnósticas que anteceden a cada interrogación y a cada maniobra exploratoria. Es por esto que diagnosticar es:

“detenerse en la experiencia que hasta el momento haya brindado la realidad del enfermo, conjeturar una hipótesis que parezca explicarla técnicamente, tratar de confirmar esa hipótesis mediante un recurso exploratorio determinado (...), sustituirla por otra, si tal confirmación no se produce, y proseguir así hasta que el conocimiento del enfermo permita entender de manera satisfactoria toda la experiencia obtenida” (Laín Entralgo, 1964, p. 377).

Este proceso de *selección* es el que se ve envuelto en una dificultad conceptual, ya que se vuelve difícil determinar ciertamente cuáles son los criterios utilizados por el clínico. Es aquí donde nos interesa resaltar que el modo como es tipificada la persona inciden en la formulación clínica, pero que luego al explicar el procedimiento efectuado, no es posible introducir este tipo de criterios.

Sin embargo, ha sido esta una situación frecuentemente advertida por los clínicos experimentados. Jaspers (1946, p. 956) expresó al respecto que: “lo que es visto y hecho en la clínica psiquiátrica (...) no aporta en verdad todo el material de nuestro conocimiento del individuo anormal”. Es decir, son empleados también otro tipo de recursos que lo amplían. Freud también hizo un señalamiento similar al expresar que el modo como se diagnostica “junto al lecho del enfermo” no se corresponde punto por punto con lo que luego “la enseñanza clínica oficial” presenta a “los estudiantes”, y estas diferencias se producen por lo general porque el que diagnostica usualmente “procura aclarar las *razones* que lo han guiado hacia su identificación (...) que, como es bien sabido, algunos buenos diagnosticadores son incapaces de indicar, aunque en el fondo se orientan por ellas (2004, p. 168)”.

Se puede suponer que estas afirmaciones se referían a este marco de saberes distintos de la teoría y el conocimiento formal de la práctica, y que quizás se aproximan al tipo de elementos que subyacen bajo lo que hemos caracterizado como un tipo personal de relación.

Más expresamente pareció indicarlo Rümke quien, tal como lo señala Stagnaro, dijo al respecto: “muchas veces me sorprendió que hiciera yo mismo diagnósticos a partir de *datos distintos* de los que usaba para explicar mis diagnósticos ya una vez hechos” (Rümke en Stagnaro, 1998, p. 162). Es que según este autor, “si el clínico es verdaderamente clínico, siempre sabe más que lo que contiene su teoría [y quizás esto se deba a que] en el médico clínico el hombre se manifiesta al máximo” (Rümke en Stagnaro, 1998, p. 148).

A partir de estas ideas se puede señalar que para conceptualizar adecuadamente el proceder diagnóstico se deben superar los supuestos circunscriptos a la inferencia tradicional (del síntoma a la enfermedad, basada en el diagnóstico diferencial), que no logran incluir adecuadamente elementos

comprensivos, tipificación de la persona, etc. en el razonamiento clínico. Quizás si la inferencia interpretativa fuera adecuadamente descripta debiera incluir los modos como la enfermedad es conocida como modo de vida, y en el que el recurso esencial para poder captar esta noción es la coejecución de la vida anímica del enfermo, que se vale principalmente de elementos comprensivos, entre otros aspectos como los ya mencionados.

#### 4. Aspectos característicos de la práctica psicoterapéutica

En base a las nociones elaboradas en el apartado anterior acerca de una perspectiva antropológica personalista de la práctica médica en general y de la psicoterapia en particular, se ha podido entender que la relación médico-enfermo posee un carácter destacado otorgado justamente por ser la relación personal una característica esencial sobre la que se apoya la práctica. Teniendo en cuenta estos aspectos se buscará identificar y ofrecer una comprensión de una serie de elementos que caracterizan a la práctica psicoterapéutica.

##### 4.1. La relación médico-enfermo como intento de establecer una relación personal

Hay propuestas, como las de Rümke (Stagnaro, 1998) que plantean que el razonamiento diagnóstico podría estar guiado, en ciertos casos tales como el del “sentimiento precoz” en el terreno de las psicosis, principalmente por la *empatía* (cercano al concepto de *coejecución*). Sería éste un recurso principal en el proceso diagnóstico.

Esta propuesta surgió a partir de la experiencia en casos de psicosis en los que es característico que el clínico no logre establecer un vínculo con el paciente como *persona*, de modo que en estos casos no se logra desplegar el tipo de *contacto* característico del trato social elemental. De esta forma, toda situación en la que no se esté seguro del diagnóstico a partir de la construcción del cuadro en base a la recopilación de síntomas, empleando el criterio de la empatía se podría realizar la diferenciación necesaria para decidir qué cuadro clínico corresponde.

Este criterio diagnóstico emplearía explícitamente la noción de persona y el tipo de relación establecida como recurso metodológico, conformando de este modo un modelo propio surgido de una perspectiva antropológica personalista, apelando al criterio vivencial del modo como es sentida la persona y poniendo en cuestión justamente el modo de razonamiento clínico, que a diferencia del modelo tradicional permitiría reconocer la enfermedad *junto* con el síntoma.

##### 4.2. La psicoterapia como práctica cultural de perfeccionamiento moral

Quizás en base a este tipo de propuestas pudiera considerarse más seriamente la idea de introducir elementos personalistas implicados en la relación y en aspectos centrales como el diagnóstico en psicoterapia, pero que no sólo tienen o podrían tener consecuencias en ese ámbito puntual, sino también en nociones más amplias como la idea de salud y enfermedad. En este sentido, ha sido señalado

Kirmayer (1989) que toda psicoterapia se organiza, ya sea de modo expreso o tácito, en torno a conceptos sobre lo que es ser persona, gozar de salud mental, y una serie de nociones morales y valores acerca de la vida y los problemas y conflictos que pudieran existir, en la que los métodos y teorías empleados descansan así sobre suposiciones acerca del malestar y el padecimiento de las personas.

En un estudio de Williams y Levitt (2007) se ha intentado demostrar empíricamente cómo es que se utilizan este tipo de nociones en psicoterapia a partir de entrevistas realizadas a reconocidos psicoterapeutas. Se buscaba establecer cómo inciden en el proceso psicoterapéutico los valores del propio profesional, y partiendo de la idea de que el sistema de valores del clínico conformaría un criterio para juzgar los resultados del proceso psicoterapéutico. Los datos obtenidos permitieron formular explícitamente que los terapeutas tenían la expectativa de que la personas, al finalizar el proceso psicoterapéutico, pudieran mostrarse como personas activas, autónomas, libres, responsables y tendientes a respetar la vida propia y de los demás. Quedó establecido además que tales criterios no tenían otro fundamento que una idea moral de valoraciones personales sobre qué tipos de persona deberían llegar a ser los pacientes. Es que tal como se viene planteando, “bajo la estructura de un esquema tácito” (Lain Entralgo, 1964, p. 261), una silenciosa convivencia entre interpretaciones explícitas y teóricas ha sido aceptada en el terreno de la práctica psicoterapéutica, en la que nociones populares y atribucionales de sentido común coexisten junto con conocimientos teóricos y técnicos (Laplantine, 1999).

#### 4.3. *La utopía del acto médico automático*

Un ideal o utopía que ha estado presente a lo largo de la historia de la medicina ha sido la de llevar a su grado mínimo la relación médico-paciente, e incluso hasta el punto de eliminarla, en pos de conseguir la realización utópica del *acto médico automático o inmediatamente eficaz*. Esta pretensión implicaría la posibilidad de sanar al enfermo sin entrar en contacto directo con él, y ha pretendido realizarse de la mano de propuestas que pretenden lograr un diagnóstico “mediante signos puramente objetivos (...) y un tratamiento limitado a la fiel ejecución de algunas prescripciones” (Lain Entralgo, 1964, p. 19) a partir de la consideración del material clínico como elementos objetivamente obtenidos.

Si bien es cierto que la objetivación de aspectos específicos es lo que permite introducir claramente ideas diagnósticas (por ejemplo, al identificar un síntoma en particular), también es necesario advertir que la actitud del médico y el grado en que pueda establecer la coejecución anímica es indispensable para el modo como se realiza esa misma objetivación y cómo se conocen diversos aspectos clínicos que pudieran resultar relevantes.

El grado mínimo de interacción social al que se aspira puede generar un obstáculo al momento de reconocer los caracteres propios que adquiere la relación médico-enfermo, y que son aquellos que lo vuelven un tipo de encuentro “primariamente social” (Lain Entralgo, 1964, p. 24). Sólo vinculando adecuadamente esta matriz social con los conocimientos y la práctica médica es que se puede llegar a

avanzar en el esclarecimiento de aspectos elementales de la práctica como el razonamiento clínico. A esto se refería Laín Entralgo al expresar que es necesario “elaborar una doctrina del diagnóstico más acorde con la experiencia clínica y con la verdadera realidad del enfermo” (Laín Entralgo, 1964, p. 385).

#### 4.4. *¿Cómo razona el psicoterapeuta para establecer un diagnóstico?*

Para ejemplificar y puntualizar cómo incide este tipo de utopías en la práctica, y reconocer cómo puede resolverse el tipo de dificultades epistemológicas que de allí se dependen, se puede considerar los resultados obtenidos por una investigación (Razzouk et al, 2006) realizada a partir de los postulados de un modelo de diagnóstico orientado desde una *noción antropológica naturalista*. Los investigadores pretendían describir el método de identificación de síntomas principales que sustentan un diagnóstico y cómo el profesional selecciona y organiza la información relevante. Con esa meta fueron seleccionados tres profesionales con más de quince años de trayectoria a los que les fueron presentadas cuatro viñetas clínicas en base a cuadros de esquizofrenia y/o esquizofreniformes y sobre las cuales debían señalar síntomas que apoyaran el diagnóstico presuntivo. Luego, fueron comparados los resultados y se observó que ni para el diagnóstico ni para los síntomas seleccionados hubo acuerdo unánime en la mayoría de las viñetas; en ocasiones hubo acuerdo en el diagnóstico pero no en los síntomas, en otras hubo acuerdo en los síntomas y no en el diagnóstico. En conclusión, se observó: mayor nivel de acuerdo sobre síntomas inespecíficos (presentes en otras formas de psicosis, es decir, en varios cuadros diagnósticos -síntomas de primer rango de Schneider y delirio-) y menor nivel de acuerdo sobre síntomas específicos (los más relevantes según cada profesional -desorganización y afecto embotado-). Por lo tanto, no se pudo establecer claramente un método de identificación de síntomas ni fue claro cómo los profesionales seleccionaron y organizaron la información relevante. Se concluyó así que los resultados reflejaron patrones de razonamiento diferentes debido al marco teórico de referencia y a la experiencia de cada profesional, aspectos que irían conformando para cada uno esquemas de referencia particulares.

#### 4.5. *Reelaboración de los resultados obtenidos y nuevas conclusiones*

A partir de estos resultados, a nuestro entender, es posible elaborar otro tipo de conclusiones. Teniendo en cuenta que este modelo concibe al diagnóstico clínico desde el marco del diagnóstico diferencial, basado a su vez en un modelo tradicional de inferencia (de los síntomas a la enfermedad) nos detendremos en algunos puntos en donde estos principios parecen no poder resolver situaciones como las presentadas a los profesionales en la investigación mencionada (Razzouk et al, 2006).

Como un primer punto habría que destacar que los sistemas clasificatorios operacionales permiten estructurar y organizar datos clínicos en *ciertas condiciones* donde puede esto ser posible, es decir, en situaciones clínicas donde es posible operar de esta manera y elaborar un cuadro clínico a partir de un conjunto de síntomas, lo cual puede constituir un procedimiento útil en la práctica diagnóstica, para determinados casos. Pero el problema surge cuando se pretende generalizar este modelo a toda

formulación clínica diagnóstica, porque lo que subyace a esta utopía es la concepción de que es un modelo inferencial el que caracteriza el razonamiento diagnóstico; mientras que teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, el razonamiento clínico se basa en una selección y en decisiones que no se desprenden de ese tipo de inferencias.

Otro punto a destacar es la pretensión de guiar este procedimiento (pretendidamente generalizado) en base a la recopilación de datos clínicos objetivos de modo tal que se puedan minimizar las consideraciones personales de cada profesional así como también posibilitar la generación de un marco *standard* de referencia que asegure la confiabilidad. Sin embargo, un sistema inferencial diagnóstico de este tipo quizás sirva para *identificar* ciertos signos o síntomas en determinadas condiciones o para ciertos casos clínicos, pero decididamente esto no es lo que caracteriza la forma de actuar y razonar clínicamente, puesto que una actividad sustancial pasa por la habilidad para *construir* el dato clínico, puesto que el profesional no se vale usualmente de hechos clínicos puros. Asimismo, estas elaboraciones o construcciones son realizadas en base a los elementos recopilados que fueron dándose en el trato, en la relación, en las formas de objetivar la enfermedad, en la tipificación establecida sobre la persona, en base a los criterios morales establecidos y las creencias acerca del estado de salud/enfermedad que se puedan formular en un momento determinado, entre otros. En términos generales, el tipo de actividad diagnóstica realizada en una labor primariamente social y de tipo vinculante, en la que se relaciona el conjunto de hechos clínicos con la forma de vida presupuesta para esa persona; todo este conjunto configura un procedimiento que excede el pretendido marco de hechos objetivos al que el modelo tradicional pretende circunscribirse.

Finalmente, se puede señalar también como punto sobresaliente el hecho de que en todo el proceso de elaboración y construcción del cuadro clínico, el profesional formula hipótesis y realiza suposiciones que ordenan los distintos elementos recopilados de un modo que no es lineal o secuencial (sintáctico), sino que es *comprensivo* (semántico). Y es aquí donde es interesante resaltar los resultados obtenidos por la investigación a la que hacíamos referencia, puesto que se observó que los profesionales *emitieron diagnósticos sin que se cumplieran dos criterios elementales* para hacerlo según los manuales clasificatorios principales en los que *explícitamente éstos decían basarse*. En las viñetas clínicas presentadas no había referencias a síntomas positivos (relevante en clasificación CIE-10 de esquizofrenia), ni estaba especificado el tiempo que duraba la disfunción (DSM-IV considera mínimo de 6 meses).

Quizás antes de intentar identificar el método de identificación de síntomas, tal como numerosas investigaciones pretenden encontrar, lo que se deba elaborar previamente es una adecuada base epistemológica que permita entender primeramente qué es lo que configura inicialmente un síntoma como algo de utilidad clínica, y desde los objetivos que nos hemos propuesto en este trabajo no vemos otra alternativa que elaborar una adecuada perspectiva antropológica de la práctica psicoterapéutica

sobre la que este tipo de aspectos parecen descansar, explicitando concepciones de persona implícitas que configuran un fundamento esencial de la relación médico-enfermo.

## 5. Discusión

En este estudio se pretendió establecer algunos de los elementos básicos que conforman la práctica psicoterapéutica, entendidos desde una perspectiva antropológica personalista y fundamentada en base a aspectos esenciales que caracterizan la relación médico-enfermo como una relación *personal*.

Entre los resultados obtenidos es destacable el hecho de que parte de esta perspectiva entra en conflicto con una antropología de corte naturalista que es la que caracteriza principalmente al marco biomédico en el que gran parte de la psicopatología se sostiene. En este sentido se puede resaltar que, aunque toda una serie de aspectos tales como los elementos comprensivos, la tipificación de la persona, la enfermedad concebida como *modo de vida*, el empleo de la coejecución de la vida anímica del enfermo, entre otros aspectos; en su conjunto no pueden ser

Incluidos y asimilados al conocimiento o procedimiento científico, explicativo u objetivo. Pero si lo que se pretende es justamente esclarecer el razonamiento clínico, se deberá entonces introducir todas estas aristas que, quiera o no, lo sepa o no, el médico con fría pretensión científica realiza de modo integrado a su actividad diagnóstica. En este sentido quizás el prejuicio más grande a superar sea el de que esto hace necesario reconocer que aquello en lo que es propio al razonamiento clínico lo vuelve un tipo de práctica que no es científica, en el sentido tradicional, aunque deba tener un sustento y orientación de científicidad. Y esto es así en función de que lo que la medicina en general, y la psicoterapia en particular, tiene de orientado hacia la salud, es decir, en tanto es un “saber para curar”, esto mismo la vuelve una práctica *no científica*, al menos si se la compara con el sentido clásico y convencional de ciencia (Laín Entralgo, 1985).

Reconociendo este sustrato *personalista* se puede advertir que nociones como la salud y la enfermedad se componen de nociones de persona implícitas, que los modelos formales de conocimiento no permiten abordar. Y muchos de los aspectos desarrollados en este estudio poseen el mismo atributo el de poseer por lo general un carácter implícito en la práctica y en algunos casos sutil, pero cuya importancia es capital para comprender la base de la relación médico-enfermo implicada en la práctica psicoterapéutica (y médica en general).

## 6. Referencias

- Berrios, G. (2011a). Filosofía e historia de la Psiquiatría y la Psicopatología - 1a Parte. *Vertex 2011*; XXII 1: 8-18.
- Berrios, G. (2011b). *Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos.
- Canguilhem, G. (1978). *On the normal and the pathological*. Holanda: Reidel.
- Di Persia, N. (2012). *Esquemas de razonamiento clínico en psicoterapia: su incidencia en el diagnóstico y la intervención*. (Tesis de grado no publicada). Universidad Nacional de Córdoba: Argentina.
- Di Persia, N. (2015). *Criterios implícitos de sentido común implicados en el razonamiento clínico en psicoterapia. La noción de persona como un aspecto relevante*. Artículo inédito.
- Di Persia, N. (2016). Aspectos conceptuales y metodológicos involucrados en el campo de investigación del razonamiento diagnóstico. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.*, Vol. XXVII: 170-176.

- Ey, H. (2008). *Estudios psiquiátricos*. Vol 1. Buenos Aires: Polemos.
- Foucault, M. (1986). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1996). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (2004). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (2004). Prólogo y notas de la traducción de J.-M. Charcot, Leçons du mardi de la Salpêtrière (1887-88). *Obras Completas. Vol. I*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hacking, I. (1995). *Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory*. New Jersey: Princeton University Press.
- Jaspers, K. (1946). *Allgemeine Psychopatologie*. (5ta ed.). (Traducción castellana: *Psicopatología general*. (4ta. ed). Buenos Aires: Beta.
- Kirmayer, L. (1989). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Santé, Culture, Health*, 6(3), 241-270.
- Lacan, J. (1976). *Escritos I*. México: Siglo XXI.
- Laplantine, F. (1999). *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentales contemporaine*. (Traducción castellana: *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del sol.
- Laín Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid: Revista de Occidente.
- Laín Entralgo, P. (1985). *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat.
- Leibovich de Duarte, A. (2000). "Más allá de la información dada": Cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. 3, agosto, 97-114.
- Norman, G., Brooks, L., Colle, C., & Hatala, R. (2000). The benefit of diagnostic hypotheses in clinical reasoning: Experimental study of an instructional intervention for forward and backward reasoning. *Cognition and Instruction*, 17, 433– 448.
- Norman, G. (2005). Research in clinical reasoning: past history and currents trends. *Medical Education*. 39, 418-427.
- Razzouk, D., Mari, J., Shirakawa, I., Wainer, J., y Sigulem, D. (2006). How do experts recognize schizophrenia: the role of the disorganization symptom. *Rev Bras Psiquiatr*. 28(1):5-9.
- Stagnaro, J. (Ed.). (1998). *Alucinar y delirar. Tomo II*. Bs As: Polemos.
- Szasz, T. (1988). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Williams, D. y Levitt, H. (2007). A Qualitative Investigation of Eminent Therapists' Values Within Psychotherapy: Developing Integrative Principles for Moment-to-Moment Psychotherapy Practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 17, No. 2, 159–184.